

De GGZ als systeem in wankel evenwicht : de geestelijke gezondheidszorg in relatie tot samengestelde gelijkheid

Citation for published version (APA):

Hamers, H. J. F. R. (1987). *De GGZ als systeem in wankel evenwicht : de geestelijke gezondheidszorg in relatie tot samengestelde gelijkheid*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19870101hh>

Document status and date:

Published: 01/01/1987

DOI:

[10.26481/dis.19870101hh](https://doi.org/10.26481/dis.19870101hh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

HOOFDSTUK 11

SAMENVATTING

Dit boek is opgebouwd uit twee delen. Het eerste bestaat uit een vijftal speciaal voor dit boek geschreven hoofdstukken, waarin een aantal theoretische overwegingen gegeven worden, uitmondend in een negental hypothesen: deze worden vervolgens in het tweede deel getoetst.

Deel II is samengesteld uit een negental eerder verschenen (of nog te verschijnen) publicaties; van deze negen zijn er twee onder te brengen onder het hoofdje 'methoden en technieken', de overige zeven bevatten afzonderlijke deelstudies.

In het eerste deel heb ik de volgende onderwerpen aan de orde gesteld. Na een inleidend hoofdstuk volgt een beschouwing over de wijzen waarop 'gekte' bekeken en geoperationaliseerd wordt. Ook enkele verklaringsmodellen en de daaruit naar voren komende behandelingsstrategieën worden kort besproken. De stelling dat in onze cultuur met behulp van de GGZ de definitie van 'gekte' is opgeslagen, leidt tot de conclusie dat daarin ook de beperking van de psychiatrische epidemiologie schuilt. Daarom heb ik voorgesteld de resultaten van de psychiatrische epidemiologie te herinterpreteren in een macro-optiek: binnen deze optiek zou de plaats van de GGZ als sociaal en als cultureel subsysteem in de samenleving gezien moeten worden.

Het derde hoofdstuk is met recht een intermezzo, omdat daar bij het menselijk handelen in zijn algemeenheid wordt stilgestaan. In dit hoofdstuk wordt op theoretische gronden aangegeven hoe belangrijk het is 'cultuur' als zingevend en voorstructurend systeem voor dat menselijk handelen bij beschouwingen en bij concreet onderzoek te betrekken. Uit dit hoofdstuk konden een drietal conclusies getrokken worden.

In de eerste plaats bleek dat 'gekte' geïnterpreteerd kon worden in termen van (mislukte) sociale handelingen: dit heeft consequenties voor een theoretische onderbouwing inzake de relatie tussen het ontstaan van psychische stoornissen en de maatschappelijke positie. In de tweede plaats -en deze notie speelt op macro-nivo- werd geconcludeerd dat onze samenleving gebouwd is op onderlinge afhankelijkheid en dat dit in combinatie met het heersende principe van instrumenteel rationalisme leidt tot een quasi gelijkheid van de leden van de populatie. Deze vorm van gelijkheid heb ik -in navolging van anderen- samengestelde gelijkheid genoemd. Aan het tot stand komen van deze samengestelde gelijkheid zal de GGZ een bijdrage moeten leveren. De GGZ doet dat door middel van technieken, die in het instrumenteel rationalisme hun achterland hebben. Het begrip instrumenteel rationalisme heb ik gekozen om te benadrukken dat de relatie tussen de middelen en de te bereiken doelen van belang is en

dat deze middelen voortkomen uit een positivistisch geöriënteerde wetenschapsbeoefening.

In de derde plaats kon ik beargumenteren dat wij het steeds minder accepteren als iets in het leven mis gaat; wij wensen mislukkingen op te heffen, te compenseren, een zodanige vorm te geven dat de 'pijn' verdwijnt. Bovendien blijken daar in toenemende mate technieken voor aanwezig. Diegenen die vertrouwd zijn met deze technieken zullen deze in toenemende mate toegepast willen zien.

Het vierde hoofdstuk behandelt de GGZ als maatschappelijk fenomeen. Juist omdat de GGZ getoond wordt als onze manier om met 'gekte' om te gaan, was het noodzakelijk kort aan te geven hoe men daar in vroeger tijden mee omging. Ook het ontstaan van de GGZ als sociale verdrinking werd geschetst. Daarbij bleek dat het particulier initiatief in een verzuilde samenleving de in tijd zichtbaar wordende expansie van de GGZ in de vorm van nieuwe voorzieningen mogelijk maakte. Het resultaat was een uitbreiding van met name het object van de GGZ 'gekte'. Het beleid van de overheid als een 'achteraf beleid' kwam in dit hoofdstuk eveneens aan de orde.

Tenslotte werden met behulp van een aantal afsluitende conclusies de lijnen in dit hoofdstuk verbonden met enkele eerder geformuleerde ideeën over het menselijk handelen. Toen kon de GGZ beschreven worden als een verspreider van het instrumenteel reationalisme in een schemergebied van het menselijk bestaan, 'gekte' geheten. De GGZ maakt het mogelijk -voorheen ongrijpbare- delen van het menselijk handelen in een beheersbare vorm te gieten. Bovendien blijkt de GGZ een van de instituties die er voor zorg dragen dat samengestelde gelijkheid tot stand komt. Hoewel ik -ondanks enkele zwakke kanten- optimistisch gestemd ben over de algemene toekomstige ontwikkeling van de GGZ, heb ik vanuit een cultuurfilosofisch standpunt een pessimistische visie geformuleerd. Immers kiezen voor een leefwijze buiten het instrumenteel-rationalisme is in steeds sterkere mate onmogelijk, met als consequentie een steeds verder doordringen van het publieke in het privé-bestaan.

Hoofdstuk 5 vormt een brug tussen het eerste en tweede deel van deze bundel; in dit hoofdstuk worden vanuit de theoretische overwegingen negen hypothesen geformuleerd, die in het tweede deel getoetst worden.

Het eerste hoofdstuk in deel II bevat enkele besprekingen van het gebruikte onderzoeksinstrument. Zowel de achtergrond van en de wensen rond de opzet van het MHCR (een psychiatrisch gevals-register voor de regio zuidelijk Zuid-Limburg), de opzet zelf alsook de mogelijkheden van een dergelijk instrument werden in dit hoofdstuk 6 besproken.

De hoofdstukken 7, 8 en 9 bevatten -in de vorm van een zevental afzonderlijke deelstudies- de resultaten waarmee de hypothesen als in hoofdstuk 5 geformuleerd, getoetst konden worden. Hoofdstuk 7 geeft de resultaten van enkele vergelijkingen, waarbij de GGZ in twee verschillende regio's gezien wordt. Het blijkt dat de omvang van het

hulpaanbod de bevindingen kleurt. Zo blijkt er in een regio meer patiënten in behandeling (te komen) dan in de andere; dit geldt vooral voor de extramurale GGZ. Ook blijkt dat dergelijke voorzieningen in de twee regio's verschillende functies in het GGZ-veld vervullen. Tenslotte blijkt in dit hoofdstuk dat in beide regio's dezelfde categorieën (naar leeftijd en burgerlijke staat) over- dan wel ondervertegenwoordigd zijn in de patiëntenpopulatie. In hoofdstuk 8 komen enkele vraagstellingen, waarin de regionale GGZ als organisatie centraal staat, aan de orde. In de eerste plaats blijkt dat het gebruik van meer GGZ-voorzieningen omvangrijk is: echter dit zogenaamde dubbelgebruik is zeker wat betreft de meer gespecificeerde GGZ-voorzieningen gedekt door samenwerkingsverbanden tussen die GGZ-voorzieningen. In de tweede plaats blijkt de tabelafbakening tussen APZ en PAAZ ten aanzien van kortdurende opnamen duidelijk aan te geven met behulp van patiënt- en (eerdere) zorgkenmerken. Hoofdstuk 9 resultaten toont die iets leren over de behoefte aan GGZ vanuit de populatie (en verschillen tussen verschillende subpopulaties) en over de relatie daarvan met samengestelde gelijkheid. Het lijkt erop dat de GGZ -voor de stad Maastricht althans- haar taak, juist de groepen bereiken met de meeste problemen aangaande de geestelijke gezondheidstoestand, waarmaakt. Om definitieve uitspraken op dit punt te doen is echter nader onderzoek vereist.

Hoofdstuk 10 -slotbeschuwing- start met een puntgewijze samenvatting, waaruit blijkt dat de eerder geformuleerde hypothesen ten dele gehandhaafd kunnen worden. In grote lijnen kan geconcludeerd worden dat 1) de GGZ in een regio oppervlakkig gezien sterk op die in een andere gelijkt, d.w.z. dat de regionale variatie niet zo groot is als op andere gronden vaak verondersteld wordt; 2) de onderlinge samenhang en taakafbakening in de regionale GGZ in de tijd blijkt toe te nemen en 3) de gerealiseerde behoefte aan GGZ verre van toevallig over de populatie verdeeld is en met andere factoren blijkt samen te hangen.

Tenslotte werd in de slotbeschuwing de verwachting uitgesproken dat de GGZ als cultureel systeem -als een set aan verklaringsschema's om problemen tijdens het sociaal handelen op te vangen- zich verder over de populatie zal uitbreiden. Dit zal een zware druk leggen op de GGZ als sociaal systeem, waardoor een zware wissel getrokken wordt op het organisatorisch vermogen zo efficiënt mogelijk gebruik te (blijven) maken van de aanwezige middelen. Daarbij zal men in toenemende mate aangewezen zijn op kortdurende behandelingen die bovendien geschikt moeten zijn voor het behandelen van die categorieën die het meest geplaagd worden door een slechte geestelijke gezondheid (dus o.a. individuen uit de lagere sociaal-economische klassen en zeker in de nabije toekomst, de oudere populatie). Verder zal de GGZ, als regionaal voorzieningssysteem, haar eigen ontwikkeling, haar resultaten en haar inpassing in de populatie die zij bedient kritisch dienen te volgen om zodoende tot een, zij het geen universele, dan toch wel globale rationaliteit te komen. Alleen dan kan zij als institutie

werkend onder de vlag van het instrumentele rationalisme in onze samenleving gelegitimeerd worden, hoewel dit gezien het objekt van de GGZ wel 'wankel' zal blijven.

SUMMARY

This book is set up in two parts. Part I consists of five chapters, especially written for this book, in which a number of theoretical propositions are offered that lead to nine hypotheses. These are examined in Part II by means of nine published articles, two on methods and techniques and seven that illustrate aspects of (MHCR) Mental Health Case Register research.

In the first part, the following subjects are raised: First, a variety of perspectives of 'madness' are considered. Explanatory models and the treatment strategies are discussed. The proposition that the labeling of 'madness' is charged to a cultures mental health care system is discussed and leads to the conclusion that explanatory power of psychiatric epidemiology is limited for this reason. I thus propose a reinterpretation of the results obtained by psychiatric epidemiology and place these results as well as the role of mental health care within a social and cultural subsystem of society.

The third chapter discusses how important it is to recognize that 'culture' is a structuring system for human acts and that these ideas should be considered in research. In this chapter three notions are raised. First, 'madness' may be interpreted in terms of (unsuccessful) social acts; this has implications for understanding the theoretical relation between the origin of mental disorders and a persons social position. Secondly, it is concluded that our society is built on mutual dependence of its members which in combination with the principle of instrumental rationalization leads to a quasi-equality of the members of a population, I call this complex equality. The mental health care system can or does contribute to the establishment of this complex equality, by means of techniques based on the instrumental rationalism. Thirdly, the phenomena that we are not capable of accepting the fact that things go wrong in life is discussed. We seem to attempt to remove or compensate for failure, by means of reshaping events in order to make the 'pain' disappear. Techniques for this purpose are in the hands of the mental health care system which encourage their use.

Mental health care as a social phenomena is discussed in chapter 4. Since mental health care system is 'how' we deal with 'madness', in this chapter I discuss briefly how people dealt with it in the past and describe the development of mental health care in social terms. Private initiative in a segregated society system seems to have caused the expansion of mental health care over time, by supplying new resources. The result was an expansion of concepts of 'madness' as the object of the mental health care. That government policies have often been 'retrospective' policies is also discussed.

In conclusion in these chapters the mental health care can be described as a distributor of the instrumental rationalism in a twilight zone of human existence, called 'madness'. Mental health

care thus makes it possible to control formerly intangible parts of human acts. Furthermore, mental health care seems to be one of the institutions charged with the realization of complex equality. In general, while I am optimistically disposed towards the future development of mental health care, despite of weaknesses, from a culture-philosophical point of view, I formulate a pessimistic view: it seems to be more and more impossible to choose for a mode of life outside the instrumental rationalism, and this will result in an increased penetration of public issue into private life.

Chapter 5 connects the first and the second part of this book. In this chapter, nine hypotheses are formulated, linking the theoretical formulations with the research that follows in the second part.

The first chapter in part II contains a number of reviews of the MHCR research instruments. Background details and aspects of organizing and developing the psychiatric case register for the southern part of South Limburg are discussed in chapter 6. The chapters 7, 8 and 9 contain research results.

Chapter 7, compares mental health care in two different areas, in the north and in the south of Holland. Although the findings suggest some remarkable similarities, there seem to exist some differences between the mental health care in both areas. Most people contacted out-patient services, especially the so called Regional Institutes for Ambulatory Mental Care. In chapter 8, the mental health care as an organized system is investigated with the MHCR. A great deal of the people who are under the care of the mental health services, can be considered multiple-service-users. This research showed that most of the overlap was covered by a collaboration of services. In fact, it seems that rationality in the field of mental health care as an organization is growing. Chapter 9 examines mental health care needs in the population and the difference between separate subpopulations. These are further related to complex equality.

Chapter 10 - final conclusion - starts with a point by point summing up of the hypotheses, formulated earlier. First, the data suggest that mental health care in different areas is similar, implying that the regional variations are not as important as is often supposed. Secondly, the resemblance of the responsibilities taken by different institutions in the regional mental health care seems to increase in time. Thirdly, the need for mental health care is unequally distributed over the population, a fact related to a number of social and historical factors.

In conclusion, I expect that mental health care, as a cultural system and as a set of explanatory frames to manage problems in social behavior, will expand further into the population. This will put additional pressure on the mental health care 'social' system, requiring much from the organizational ability to use available resources. Besides we will increasingly have to rely on short-term treatment, that are suitable for the realization of complex equality particularly for the treatment of these categories of

individuals most troubled by mental disturbances, such as individuals from lower socio-economic classes and the elderly. Furthermore, mental health care - as a regional service system - will have to evaluate in a scrupulous way, its own development, its effectiveness and its suitability for the population it serves. Only this way can it be fully legitimated in our society as an institution.